

## Presentación de caso

### Esotropía comitante aguda del adulto. Presentación de un caso

#### Acute concomitant esotropia of adulthood

Dra. Yunia Toledo Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Pedra Rodríguez Montero<sup>1</sup>, Dra. Yenisleidis Díaz Rodríguez Gallo<sup>1</sup>, Dra. Maritza J. Pina García<sup>1</sup>, Dr. Enrique Toledo Rodríguez<sup>1</sup>.

1. Hospital General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.

## RESUMEN

**Fundamentación:** La esotropía aguda del adulto es un estrabismo no frecuente, de aparición tardía, por encima de los 7 años de edad y puede verse en edades avanzadas, el comienzo es brusco; se caracteriza desde el punto de vista clínico por diplopía, comitancia y relación binocular normal. **Objetivo:** Ofrecer una enseñanza clínico-quirúrgica de esotropía comitante aguda del adulto, relacionada con el estrés físico, además de ser infrecuente. **Presentación de caso:** Paciente femenina de 29 años de edad, que acudió a la consulta de Oftalmología en agosto del 2014, la que refirió que hace 13 años después de sumergirse en un río notó desviación del ojo derecho hacia adentro de forma súbita, acompañado esto de visión doble permanente. En el examen oftalmológico se le realizó de forma minuciosa exploración sensorial y se llegó al diagnóstico definitivo de esotropía comitante aguda del adulto. **Conclusiones:** La esotropía comitante aguda del adulto tipo Franceschetti, es una forma especial de estrabismo, es infrecuente. A la paciente se le realizó tratamiento quirúrgico, sin el cual no se hubiera logrado el alineamiento ocular y restauración de la visión binocular.

**DeCS:** ESOTROPÍA/cirugía; DIPLOPÍA/cirugía; ADULTO.

**Palabras clave:** Esotropía/cirugía; esotropía comitante aguda del adulto; adulto; diplopía; cirugía.

## ABSTRACT

**Background:** Acute isotropy in the elderly is a non frequent strabismus of late appearance, after the age of seven and can be seen at advanced age. The starting is rough; it is characterized, from the clinical point of view, by diplopia, concomitance and normal binocular relationship. **Objective:** To offer a clinical and surgical teaching of acute concomitant diplopia in the elderly related to physical stress, out of been non frequent. **Case presentation:** a 29 year old female patient who came into the eye consultation on August, 2014 complaining of right eye sudden inner deviation after sinking in a river, it was accompanied by permanent double vision. On eye examination she was performed a detailed sensorial exploration and definitely diagnosed as having concomitant isotropy. **Conclusion:** Franceschetti's concomitant isotropy in the elderly is a special non frequent form of strabismus. The patient was performed surgical treatment needed to fulfill an ocular lining and restoration of binocular vision.

**MeSH:** ESOTROPIA/surgery; DIPLOPIA/surgery; ADULT.

**Keywords:** Esotropia/surgery ; concomitant isotropy of the elderly; diplopia; adult surgery.

## INTRODUCCIÓN

Las desviaciones, desalineamientos o la pérdida del paralelismo normal de un ojo con respecto al otro reciben el nombre de estrabismo. Esa incapacidad de los ojos de llegar a la convergencia normal exigida para la fijación de un objeto no puede ser corregida voluntariamente y producirá diplopía o la no fijación de la imagen por el ojo afectado<sup>1</sup>.

Tipos de estrabismos:

De acuerdo con la dirección de la desviación estrábica surge la clasificación en: Estrabismos convergentes, divergentes y verticales. Las desviaciones más comunes son las horizontales, dando estrabismo convergente y divergente<sup>2</sup>.

- El estrabismo convergente es un estrabismo horizontal en el que el ojo no fijador está desviado hacia dentro y los ejes visuales de ambos ojos se cruzan<sup>3</sup>.
- El estrabismo divergente o exotropía es aquella perturbación del aparato oculomotor caracterizada por la desviación hacia fuera de un eje ocular en relación con la posición que debería adoptar cuando el otro fija un objeto<sup>4</sup>.
- Estrabismo *vertical* es la situación en la que los ejes visuales pasan por encima o por debajo del objeto de fijación<sup>5</sup>.

La endotropía aguda del adulto es un estrabismo no frecuente de aparición tardía, por encima de los siete años de edad y puede verse en edades avanzadas: El comienzo es brusco, se caracteriza desde el punto de vista clínico por diplopía, comitancia y relación binocular normal. Ante la endotropía aguda del adulto es necesario realizar resonancia magnética nuclear y estudio neurológico. Los casos encuadrados como no orgánicos tratan de explicarse como endoforias descompensadas. Se consideran dos formas clínicas, el tipo Bielschowsky y el tipo Franceschetti.

Tipo Bielschowsky: Se encuentra, con frecuencia, en individuos psíquicamente inestables, dándose particularmente en mujeres no muy jóvenes y usualmente, con miopía moderada no corregida o hipocorregida. Al inicio aparece la diplopía de lejos con normalidad en la visión próxima (aunque suele presentarse endoforias) y con el tiempo se manifiesta tanto de lejos como de cerca. Con frecuencia el tratamiento es quirúrgico.

Tipo Franceschetti: Se presenta normalmente en niños y jóvenes, aparece tras el estrés (físico o psíquico), o después de ocluir durante unos días un ojo; se presenta en individuos emétopes o algo hipermetropes. La diplopía aparece tanto de lejos como de cerca. El tratamiento prismático elimina la diplopía, pero no siempre son aceptados, los mismos son mal tolerados debido a las aberraciones que provocan, por el excesivo peso y lo antiestético que resultan. El tratamiento quirúrgico es de buen pronóstico.<sup>6</sup>

El caso que se reporta y que motivó revisar el tema, es una patología novedosa en la provincia de Sancti Spíritus pues en la bibliografía revisada no se encontró reporte alguno, logrando caracterizar una forma especial de esotropía aguda del adulto, asociada a un estrés físico, de largo periodo de evolución por lo que su diagnóstico y tratamiento quirúrgico definitivo fue tardío. Se realizó revisión amplia de la literatura. El consentimiento informado solicitado por los autores, fue firmado por la paciente.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 29 años de edad, que comenzó con un estrabismo súbito a predominio del ojo derecho, hace 13 años, acompañado de diplopía binocular permanente. No se recogen antecedentes de enfermedades generales o traumatismo, ni historia de estrabismo previo en la paciente y sus familiares. En la exploración oftalmológica la agudeza visual sin corrección era 1.0 en ambos ojos y en la motilidad ocular se observó endodesviación alternante de 60 dioptrías prismáticas en posición primaria (Figura-1). En las lateroversiones se sospechó una mínima limitación en la abducción de ambos ojos, que no fue objetiva en la pantalla de Lancaster.

**Figura-1** Preoperatorio (esotropía derecha de 60 DP)



La refracción ciclopléjica no aportó defecto refractivo alguno y la desviación ocular no se modificó bajo midriasis. El examen mediante cristales de Bagolini mostró correspondencia retiniana normal, el test de Worth reflejó diplopía y el test de Titmus no estereopsis. Los potenciales visuales evocados, el electroretinograma y el campo visual fueron normales. El estudio clínico y radiológico (tomografía de cráneo, resonancia magnética) resultó negativo para procesos neurológicos, miastenia gravis/Eaton-Lambert y miopatías congénitas.

Como tratamiento definitivo al caso estudiado se le realizó cirugía monocular derecha: Recesión del recto medio 11 mm y resección del recto lateral 8 mm (ojo no dominante), logrando el alineamiento ocular. (Figura-2)

**Figura-2** Ortotropía posoperatoria.



## DISCUSIÓN

Se estudió una paciente fémina, procedencia urbana, con diagnóstico de esotropía comitante aguda del adulto, de aparición súbita, que presentó diplopía binocular permanente y como único factor de riesgo conocido la sumersión en un río.

La endotropía comitante aguda se caracteriza por el comienzo agudo de esotropía con diplopía a diferencia de la endotropía incomitante aguda que obliga a excluir desórdenes neurológicos o miopáticos, como causa más frecuente la parálisis del VI par. La desviación puede llegar a ser comitante e incluso difícil de reconocer el elemento parético. En el caso de una endotropía comitante aguda con diplopía puede ser causada por oclusión monocular, enfermedad neurológica o un error refractivo subyacente<sup>7</sup>. La oclusión temporal en pacientes con visión binocular normal durante el tratamiento de la ambliopía o de una lesión ocular, es causa conocida de estrabismo de presentación aguda (tipo Swan). Esta desviación logra desaparecer espontáneamente, pero algunos pacientes llegan a precisar cirugía y de esta forma restaurar la visión binocular<sup>7,8</sup>.

También son causa de endotropía aguda procesos patológicos intracraneales: Malformación de Arnold-Chiari, hidrocefalia, astrocitoma u otros tumores intracraneales; por ello, se recomienda una completa evaluación neurológica en todos los pacientes con estrabismo agudo<sup>4,8</sup>. Se desconoce el mecanismo por el cual esta variedad de lesiones pueden producir endotropía aguda comitante. El resultado funcional tras la cirugía de estrabismo en estos enfermos no siempre es favorable. Holmes JM, Mutyala S, Maus reportan múltiples causas de esotropía aguda de etiología neurológica, mencionándose las asociadas a inmunizaciones, provocando parálisis del sexto par en los niños, las que evolucionan a la remisión espontánea; se describen en niños, la incidencia ajustada para la edad y el sexo de las parálisis oculomotoras de 7,6 casos por 100.000, un 33 % los cuales corresponden al sexto par craneal<sup>9,11</sup>, datos que no se corresponden con el estudio realizado.

Lyons CJ, Tiffin PA, Oystreck encontraron que la hipermetropía no corregida y/o la descompensación de un síndrome de monofijación es la causa más frecuente de este tipo de estrabismo. El tratamiento es la prescripción total de la refracción bajo cicloplejía. Por otro lado pacientes con espasmo acomodativo, que presentan una pérdida de agudeza visual adquirida pueden presentar asimismo endotropía comitante aguda y diplopía<sup>8,11,12</sup>, fundamentos que no se relacionan con el tema al que se hace mención.

El diagnóstico de la paciente es una esotropía comitante aguda tipo Franceschetti; esta forma clínica se expresa sin nada aparente que lo justifique, no hay pérdida aguda de visión, son pacientes emétopes o ligeramente hipermétropes, existiendo relación convergencia acomodativa por acomodación normal (AC/A), estos pueden tener una endodesviación latente con una pequeña reserva de amplitud de fusión. Situaciones físicas o emocionales debilitantes preceden el comienzo de la desviación. Con el tratamiento quirúrgico y la toxina botulínica se obtienen buenos resultados. Pérez Flores en el año 2005 y Kemmanu en el 2012 publicaron casos semejantes a la paciente estudiada<sup>7,10</sup>.

En la bibliografía analizada no se registran estudios similares en la provincia Sancti Spíritus, por lo que se considera como caso novedoso en el territorio.

## CONCLUSIONES

La esotropía comitante aguda en el adulto tipo Franceschetti es una forma especial de estrabismo, no frecuente. A la paciente se le realizó tratamiento quirúrgico, con el que logró el alineamiento ocular y restauración de la visión binocular en la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lastra Rodríguez JL, Barata Pitaluga G, Maristany Ugarte S, Martín Penago M, Ríos Pérez T. El estrabismo en el niño y anestesia. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2001 [citado 19 Sep 2016];14(1):65-69. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol14\\_1\\_01/oft10101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol14_1_01/oft10101.htm)
2. Herrera Castro RM, Mazzinari G. Protocolo de anestesia en cirugía de estrabismo en niños. Valencia: Consorci.;s.a. [Internet] [citado 09 Sep 2016]. Disponible en: [http://chguv.san.gva.es/documents/10184/47835/sartd\\_protocolos\\_anestesia\\_ofthalmologia\\_anestesia\\_estrabismo\\_pediatria.pdf/02560830-15aa-4a3b-8cf8-50203f7cb2d0](http://chguv.san.gva.es/documents/10184/47835/sartd_protocolos_anestesia_ofthalmologia_anestesia_estrabismo_pediatria.pdf/02560830-15aa-4a3b-8cf8-50203f7cb2d0)
3. Cuidate-Plus [Internet]. España. Estrabismo. [Citado 19 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/ofthalmologicas/estrabismo.html>
4. Arroyo Yllanes ME. Estrabismo. Mexico: AMC-Org; 2012. [Internet]. [Citado 19 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.amc.org.mx/web2/images/media/enfermedad/2012/estrabismo.pdf>
5. Valdearenas Martín DM. Estrabismos Concomitantes, Generalidades. [Internet]. España: El oculista; S.a. [Citado 19 Sep 2016]. Disponible en: [http://oftalmologia.eloculista.es/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=33:ar\\_estrabismo\\_concomitante\\_generalidades](http://oftalmologia.eloculista.es/index.php?option=com_k2&view=item&id=33:ar_estrabismo_concomitante_generalidades)
6. Perea J. Endotropías. En: Estrabismo [Internet]. España: Toledo; 2008.p.1-98. [Citado 19 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.doctorjoseperea.com/images/libros/pdf/estrabismos/capitulo8.pdf>
7. Pérez Flores MI, Fernández Fernández M, Lorenzo Carrero J. Endotropía comitante aguda y ambliopía histérica. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2005 [citado 14 Sep 2016];80(10). Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912005001000010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912005001000010)
8. ErkanTuran K, Kansu T. Acute Acquired Comitant Esotropia in Adults: Is It Neurologic or Not. J Ophthalmol [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 18];2016:2856128. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5149673/pdf/JOPH2016-2856128.pdf>
9. Hoyt CS, Fredrick DR. Serious neurologic disease presenting as comitant esotropía. En: Rosenbaum AL, Pauline Santiago A. Clinical Strabismus management. Principles and surgical techniques. [Internet].Philadelphia: W.B. Saunders Company;1999.p.152-158. [citado 2013 Feb 22]. Disponible en: [https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=6jqOihYJvCoC&oi=fnd&pg=PA152&dq=Serious+neurologic+disease+presenting+as+comitant+esotrop%C3%ADa.&ots=69Oolnc\\_wx&sig=c25DR5IQ8K2mVkS4MrJ\\_yiuVCHQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Serious%20neurologic%20disease%20presenting%20as%20comitant%20esotrop%C3%ADa.&f=false](https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=6jqOihYJvCoC&oi=fnd&pg=PA152&dq=Serious+neurologic+disease+presenting+as+comitant+esotrop%C3%ADa.&ots=69Oolnc_wx&sig=c25DR5IQ8K2mVkS4MrJ_yiuVCHQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Serious%20neurologic%20disease%20presenting%20as%20comitant%20esotrop%C3%ADa.&f=false)
10. Kemmanu V, Kaushik H, Baghavendra S. Varied aetiology of acute acquired comitantesotropia. A case series. Oman J Ophthalmol [Internet]. 2012 May [cited 21 Jan 2016];5(2):103-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3441014/>
11. Holmes JM, Mutyala S, Maus TL, Grill R, Hodge DO, Gray DT. Pediatric third, fourth, and sixth nerve palsies: a population-based study. Am J Ophthalmol [Internet].1999 [cited 21 Jan 2016]; 127(4):388-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002939498004243>
12. Lyons CJ, Tiffin PA, Oystreck D. Acute acquired comitanesotropia: a prospective study. Eye (Lond) [Internet]. 1999 Oct; [cited 21 Jan 2016];3(Pt 5):617-20. Available from: <https://www.nature.com/articles/eye1999169>

Recibido: 2016-03-07

Aprobado: 2017-11-09